



Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas El Tomador y el Asegurado son la misma persona? Si No

CIUDAD	FECHA SOLICITUD	SUCURSAL	No. CONTROL (-)	No. PÓLIZA (-)	TIPO DE MOVIMIENTO
	día mes año				Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Cambio vehículo <input type="checkbox"/> Inclusión vehículo <input type="checkbox"/>

1. INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO

RAZÓN SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO (-)	% PARTICIPACIÓN (-)	%COMISION (-)

2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

(Si el Tomador es diferente al Asegurado, por favor diligencie la información del Asegurado en el Formato para Actualización de Datos y adjúntelo a esta solicitud)

DATOS GENERALES DEL TOMADOR

PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*	
TIPO DE PERSONA Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____			FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	
LUGAR EXPEDICIÓN	SEXO* F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA NACIMIENTO* DÍA MES AÑO	LUGAR	PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*	
NIVEL EDUCATIVO* Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			TIPO DE VIVIENDA* Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL* Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		ESTRATO* 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		No. HIJOS*	

DATOS LABORALES DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL*		PERSONA JURIDICA (Para seguros de personas naturales, corresponde a la actividad económica de la Compañía con quien trabaja)	
Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agroindustria <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otra? <input type="checkbox"/>		
PERSONA PUBLICO* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actividad _____ Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
CARGO*	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		TIPO DE EMPRESA Oficial <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
CIU	REPRESENTANTE LEGAL (Para seguros de personas jurídicas) / APODERADO (Para seguros de personas naturales) Nombres y Apellidos	Documento de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____	CONTACTO (Para seguros de personas jurídicas, funcionario responsable de contratar el seguro)

DATOS FINANCIEROS DEL TOMADOR

GRAN CONTRIBUYENTE	PERSONA NATURAL	INGRESOS MENSUALES								
Si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 1 millón	<input type="checkbox"/> 1 a 3 millones	<input type="checkbox"/> 3 a 5 millones	<input type="checkbox"/> 5 a 10 millones	<input type="checkbox"/> 10 a 20 millones	<input type="checkbox"/> Mas de 20 millones		
No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 1 millón	<input type="checkbox"/> 1 a 3 millones	<input type="checkbox"/> 3 a 5 millones	<input type="checkbox"/> 5 a 10 millones	<input type="checkbox"/> 10 a 20 millones	<input type="checkbox"/> Mas de 20 millones		
RÉGIMEN		OTROS INGRESOS								
Común <input type="checkbox"/>		Detalle Otros Ingresos _____								
Simplificado <input type="checkbox"/>										
EXENTO RETE FUENTE	PERSONA JURIDICA	INGRESOS MENSUALES								
Si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 100 a 500 millones	<input type="checkbox"/> 500 a 1.000 millones	<input type="checkbox"/> 1 a 5 mil millones	<input type="checkbox"/> 5 a 20 mil millones	<input type="checkbox"/> Mas de 20 mil millones		
No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 100 a 500 millones	<input type="checkbox"/> 500 a 1.000 millones	<input type="checkbox"/> 1 a 5 mil millones	<input type="checkbox"/> 5 a 20 mil millones	<input type="checkbox"/> Mas de 20 mil millones		
RÉGIMEN		OTROS INGRESOS								
Común <input type="checkbox"/>		Detalle Otros Ingresos _____								
Simplificado <input type="checkbox"/>										

OPERACIONES INTERNACIONALES DEL TOMADOR

Realiza usted transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/>	Préstamos <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	PAÍS	CIUDAD	MONEDA

DIRECCIONES DEL TOMADOR

TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
<input type="checkbox"/>					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Representante Legal 6: Otra

TELÉFONOS DEL TOMADOR

TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax 7: Correo electrónico 8: Representante Legal 9: Otra

3. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*		ONEROSO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
TIPO DE PERSONA Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____			FECHA NACIMIENTO* DÍA MES AÑO		LUGAR NACIMIENTO*
TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELÉFONO	
<input type="checkbox"/>						

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Representante Legal 6: Otra

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

VIGENCIA DEL SEGURO		FORMA DE PAGO			ENVÍO DE EXTRACTO () POR EMAIL	
Desde día mes año	Hasta día mes año	Contado <input type="checkbox"/>	Financiación Generali () <input type="checkbox"/>	Fraccionamiento primas (*) () <input type="checkbox"/>	Mensualidades (*) <input type="checkbox"/>	No. Cuotas (*)
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Email reportado en el numeral 2 (teléfonos) de la solicitud.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

ESTA SOLICITUD NO CONSTITUYE CERTIFICACIÓN DE AMPARO

F-004-02-05

REV.DIC.2009

